



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉ STROPARO DYNIEWICZ

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS HIPERTENSAS E/OU
DIABÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE RIO AZUL, PARANÁ.

CURITIBA

2019

ANDRÉ STROPARO DYNIEWICZ

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS HIPERTENSAS E/OU
DIABETICAS NA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE DE RIO AZUL, PARANÁ.

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial à obtenção de título no Curso de
Especialista em Atenção Básica de Saúde, Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. MSc. Laís Carolini Theis.

CURITIBA

2019

AGRADECIMENTOS

Dedico a pesquisa-ação a equipe de trabalho, pela dedicação em realizar as atividades laborais, sem medir esforços.

Agradeço aos tutores e orientadores por meses de colaboração.

RESUMO

O presente estudo trata-se de um trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), por meio de um plano de intervenção que objetivou realizar ações de educação em saúde para pacientes hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família III, Barra da Cachoeira. De modo a estimular hábitos de vida saudáveis e cuidados gerais da saúde, empoderando os usuários hipertensos e diabéticos sobre a sua saúde, e reduzir em longo prazo, a mortalidade geral, a morbimortalidade pelo alto risco cardiovascular. Foram realizadas consultas de rotina, visitas domiciliares e palestras informativas para 476 pessoas hipertensas, 100 diabéticos e 51 com ambas as patologias. Os pacientes foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento, alimentação saudável, controle de estresse e cuidados odontológicos. As ações foram desenvolvidas com suporte da equipe multiprofissional de saúde e ocorreu no período de janeiro de 2018 a junho de 2019. Observaram-se resultados significativos com relação à vinculação dos pacientes à equipe da unidade de saúde e consequentemente as noções de autocuidado. Como sugestões futuras, para em longo prazo, reduzir as morbimortalidades, sugere-se que as intervenções sejam mantidas pela equipe de saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Hipertensão Arterial. Diabetes.

ABSTRACT

This study is about the completion of a Specialization Course in Primary Care offered by the Open University of SUS (UNASUS) in partnership with the Federal University of Paraná (UFPR), through an intervention plan that aimed to carry out actions of health education for hypertensive and diabetic patients in the Family Health Strategy III, Barra da Cachoeira. In order to stimulate healthy living habits and general health care, empowering hypertensive and diabetic users about their health, and reducing long-term overall mortality and morbidity and mortality due to high cardiovascular risk. Routine consultations, home visits and informative lectures were performed for 476 hypertensive people, 100 diabetics and 51 with both pathologies. Patients were instructed on the need for treatment adherence, healthy eating, stress control and dental care. The actions were developed with support from the multiprofessional health team and occurred from January 2018 to June 2019. Significant results were observed regarding the patients' attachment to the health unit team and, consequently, the notions of self-care. As future suggestions to reduce morbidity and mortality in the long term, it is suggested that interventions be maintained by the health team.

Palavras-chave: Health Education. Hypertension. Diabetes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
1.1DADOS DO MUNICÍPIO.....	07
1.2DOENÇAS CRÔNICAS.....	08
1.3 INDICADORES.....	11
 2 OBJETIVOS.....	 13
2.1OBJETIVOS GERAIS.....	13
2.2OBJETIVO ESPECÍFICO.....	13
 3 METODO.....	 13
 4 IMPLEMENTAÇÃO.....	 14
 5 RESULTADO.....	 16
 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 17
 REFERÊNCIA.....	 19

1 INTRODUÇÃO

1.1 DADOS DO MUNICÍPIO



Fonte: Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre (2019).

A cidade de Rio Azul, localizada no sudeste do estado do Paraná, Brasil, com uma população total de 15.134 habitantes no município, com distribuição da população por sexo, sendo 7340 masculinos e 6753 femininos. A Unidade de Saúde, Estratégia Saúde da Família III, Barra da Cachoeira, sendo sua sede, atende 3124 habitantes.

A população distribui-se em urbana 368 e rural 174. Sendo que urbano apresenta homens 2.452 e mulheres 2.560 total de 5.012 e Rural, 4.888 homens e 4.193 mulheres no total de 9.081, segundo IPARDES (2018).

Tanto a ESF 03 como o município de atuação, apresenta na sua maioria, colonização de imigrantes poloneses, italianos e alemães. Apresenta como sua atividade principal, por ser setor rural, a produção agrícola de fumo, porém há produção de soja e milho, com áreas de criação de animais de pequeno porte. As crenças religiosas seguidas pelos moradores são, em sua maioria, a Católica

e a Evangélica, esta última, segundo os informantes, a predominante. Na comunidade essas crenças também servem de espaço para se fazer saúde, constituindo-se em redes sociais de apoio para problemáticas sociais. Em relação à rede de ensino, a localidade possui uma escola estadual e 4 municipais. Não existindo na comunidade, creche municipal. Segundo o senso IBGE 2010, a taxa de analfabetismo chega a 4,17% para a faixa etária de 15 anos ou mais.

Com relação à água consumida pelos moradores, a maioria da população consome água proveniente de poços convencionais e artesianos, sendo poucas as famílias que utilizam o sistema público de abastecimento. Permitindo que a qualidade da água seja questionável, tendo em vista que nem sempre são realizados testes na água. O lixo doméstico tem destinação incerta. A rede de esgoto tem predomínio como fossa séptica.

Segundo o senso IBGE 2010, a taxa de analfabetismo chega a 4,17% para a faixa etária de 15 anos ou mais. Com predomínio da agricultura, o trabalho se caracteriza como informal.

O Programa Bolsa Família foi citado como uma forma de complementar a renda das famílias mais carentes. No geral o grupo é homogêneo entre classes. Na maioria das vezes, os relatos são que as pessoas não possuem renda ou emprego fixo, o que influencia negativamente na saúde da população.

Para o transporte de pessoas e acesso as Unidades de Saúde, se utiliza veículo próprio ou transporte tipo ônibus particular ou escolar. A acessibilidade para os pacientes a unidade de saúde, em alguns momentos são difíceis, devido ser região rural, as condições de tempo chuvoso e estradas não permitem o acesso.

1.2 DOENÇAS CRÔNICAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial sistêmica, é uma entidade clínica multifatorial, sendo conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-

se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa (BARBOSA, 2009).

Trinta e quatro mortes por hora, 829 óbitos por dia e mais de 302 mil óbitos no ano de 2017. Esse é o retrato das doenças cardiovasculares no Brasil (infarto, hipertensão, AVC e outras enfermidades), que têm como principal fator de risco a hipertensão arterial, a “pressão alta” como é popularmente conhecida, que afeta pelo menos um a cada quatro adultos no país (BARBOSA, 2009).

O termo diabetes mellitus (DM) descreve uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica. Altas concentrações plasmáticas de glicose levam ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos. O DM é classificado em tipo 1 e 2, diabetes gestacional e outros (BARBOSA, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. A hipertensão arterial é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos com diabetes (OMS, 2019).

Doença cardiovascular é a principal causa de óbito entre as pessoas com diabetes, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países. O diabetes é responsável por 14,5% da mortalidade mundial (BARBOSA, 2009).

Em nosso país, Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) a diabetes e a hipertensão, são consideradas a primeira causa de hospitalizações e mortalidade. O desenvolvimento da doença não ocorre de forma repentina, existe um conjunto de fatores que estão relacionados à sua progressão. Estes são conhecidos como fatores de risco e, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, obesidade, antecedentes familiares, sedentarismo, dietas hipercalóricas e a não adesão ao tratamento.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de morte. A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3 % e 23,3% dos adultos brasileiros. No Brasil, essas

doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações (MENDES, 2012).

Segundo algumas diretrizes de hipertensão arterial, os pacientes que compõem essas doenças, ao ser estratificado, propiciam a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, DAP e insuficiência cardíaca) sem doença cardiovascular no exame de base. Os preditores utilizados são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não-tratada, colesterol total e HDL. Essa estratificação, sendo a mais usual avaliação do risco de Framingham, conforme a QUADRO 1.

QUADRO 1 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

QUADRO 2 - Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso.

- Sexo masculino
- Idade
- Homens \geq 55 anos ou mulheres \geq 65 anos
- História de DCV prematura em parentes de 1º grau
- Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia
- Colesterol total > 190 mg/dl e/ou
- LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou
- HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou
- Triglicerídeos > 150 mg/dl
- Resistência à insulina
- Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
- Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas
- Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
- Obesidade
- IMC \geq 30 kg/m ²
- CA \geq 102 cm nos homens ou \geq 88 cm nas mulheres

Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

1.3 INDICADORES

A principal procura ou motivo de consulta, na Estratégia da Saúde da Família, na sede Barra da Cachoeira, são doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, depressão e dores lombares crônicas. Possuímos cadastrados um total de 476 pacientes hipertensos crônicos, 100 pacientes diabéticos, 51 sendo hipertensos e diabéticos juntos. Agravos encontramos as doenças cardiovasculares e suas comorbidades e as limitações laborais, decorrentes das complicações subsequentes as doenças.

O motivo de consulta mais frequente, são os pacientes hipertensos e diabéticos crônicos, com suas diferentes queixas, geralmente relacionado a manutenção de sua doença ou comorbidade associada, como a novas complicações típicas da doença, como neuropatia periférica, alteração visual, dislipidemias cardiopatias, anemias, insuficiências renais, lipotimias, cefaleias, entre outras.

Com relação ao nosso público alvo, para as ações, a Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na unidade de atuação, de predomínio rural, 466 pacientes que são hipertensos cadastrados na APS, onde 92% estão com estratificação de risco cardiovascular. Não houveram casos novos de tuberculose registados no último ano.

Vemos que nesse grupo, cerca de 27% ou seja 109 pacientes, são estratificados como pacientes hipertensos de alto risco cardiovascular e pacientes diabéticos apresentam um total de 64%, ou seja, 47 pacientes como alto risco cardiovascular. Sendo 11 pacientes do total, estratificados como ambas as doenças. Temos como observação em grupo, que pacientes possuem dificuldade de medicação (horário e dose), dificuldade em entendimento de mudanças de hábitos alimentares, dificuldades de acesso a unidade básica de saúde ou algum tipo de problema familiar que dificulta seu tratamento ou acompanhamento.

Segundo DATASUS (2017), no município de Rio Azul, a taxa de mortalidade geral (coeficiente) 2017 é de 6,5 por mil habitantes. As 5 principais causas de mortalidade na comunidade no último ano são: doenças relacionadas ao aparelho cardiovascular, respiratório, neoplasias, infecciosas e parasitárias. A Taxa (ou coeficiente) de mortalidade infantil geral, tem oscilado, segundo o mesmo DATASUS entre 3,1 e 6,1 por mil.

Coeficiente de Razão de mortalidade materna, segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, em 2017, não houve dados de mortalidade materna. Para o número absoluto de casos de sífilis congênita neste ano de 2017, segunda a Regional de Saúde, não houve casos novos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimular hábitos de vida saudáveis e cuidados gerais da saúde, empoderando os usuários hipertensos e diabéticos sobre a sua saúde.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Reduzir a longo prazo, a mortalidade geral, a morbimortalidade pelo alto risco cardiovascular.
- Realizar atividade de educação em saúde para usuários hipertensos e diabéticos.
- Realizar a estratificação de risco de usuários hipertensos e diabéticos periodicamente

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-ação por ser um método prático com influência do pesquisador (THIOLLENT, 1997), realizado na Estratégia da Saúde da Família, no município de Rio Azul, no Estado do Paraná. A pesquisa foi desenvolvida de janeiro de 2018 a junho de 2019. Teve características de continuidade. A obtenção da relação dos hipertensos e diabéticos foi através dos sistemas de informação do referido, pelo Cadastro de Saúde da Família, tais como: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e fichas individuais (prontuários médicos). Para a composição da amostra e critérios de inclusão a pesquisa ação, foram identificados os pacientes hipertensos e diabéticos, estratificados e diagnósticos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, confirmado pelo prontuário médico e estar em uso de fármacos anti-hipertensivos e anti-hiperglicemiantes, bem como, cadastrados no sistema do programa HIPERDIA. Foi proposta uma intervenção que alterasse o seguimento de hipertensos e diabéticos, baseada em estratégias de ações

educativas e terapêuticas, com o objetivo estimular hábitos saudáveis e cuidados com a saúde, evitando e melhorando as comorbidades das doenças crônicas adquiridas, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso e do diabético, estimulando o autocontrole. Esperava-se também envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso e/ou ao diabético, organizar o atendimento desses pacientes, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

4 IMPLEMENTAÇÃO

Grupo	Ações	Indicadores	Data/Horário	Objetivo Geral e Específico	Finalidade	Recursos Utilizados	Natureza	Momento de realização
Hipertensos e diabéticos	- consultas de rotina, visitas domiciliares e palestras informativas.	*HAS 476 pacientes hipertensos crônicos ** DM 100 diabéticos crônicos 51 com ambas patologias	- Janeiro de 2018 a junho de 2019. Eventos realizados nos dias de atendimento a unidade. De Segunda a quarta feira das 8 horas as 17 horas e quinta-feira pela manhã das 8 às 12 horas. Atendimentos domiciliares nas quintas-feiras das 13 às 17 horas.	- Estimular hábitos de vida saudáveis e cuidados gerais da saúde, empoderando os usuários hipertensos e diabéticos sobre a sua saúde.	- Estratégia de conhecimento e gerência	- Mínimo (Panfletos, folders e cartazes orientativos)	- normativa e avaliativa	- ex post

Implementação foi realizada, no período de janeiro de 2018 a junho de 2019, das 8 às 17 horas, na unidade de saúde, atendimento domiciliar, palestras e reuniões comunitárias e grupos de pacientes relacionados. As ações foram aplicadas por assistente social, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médico da Família e psicóloga.

Essa equipe se organizou e se capacitou para desenvolver atividades dentro de uma padronização de condutas e habilidades técnicas das guias de unidade básica, direcionado a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A supervisão e a coordenação dos pacientes foram garantidas pela atuação conjunta do clínico da família e enfermeira responsável pela unidade de saúde.

Foram realizados encontros em grupos, em diferentes oportunidades. Durante esse tempo os pacientes passaram por consulta médica mensal e trimestrais, dependendo de sua estratificação de risco e participaram de ações educativas para conhecer mais sobre as doenças, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Eles foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento e receberam noções de nutrição, controle de estresse e cuidados dentários. Receberam também no primeiro encontro um cartão de controle da hipertensão e/ou diabetes para uso próprio e, para os que tiveram interesse e/ou disponibilidade.

Nessas consultas médicas, os pacientes tiveram a glicemia de jejum e a pressão arterial determinadas (a medida de pressão arterial foi realizada segundo as normas preconizadas pelo consenso) (Mion, et al., 2002) e anotadas no cartão de controle e na pasta de agendamento dos grupos. Para os casos de alterações de glicemia ou pressão, uma consulta médica foi realizada. Os pacientes receberam os medicamentos suficientes até nova consulta e tiveram, então, consulta médica agendada a cada seis meses, ou dependendo da estratificação de risco cardiovascular.

No acompanhamento, o paciente que apresentou qualquer intercorrência clínica teve prioridade em consulta com o único clínico que participava do programa, por meio de vagas previamente reservadas para esse fim.

Para as consultas médicas e não-médicas regularmente agendadas, os faltosos foram convocados novamente, a fim de se estimular a aderência ao programa. Através de aviso pelas agentes comunitárias de saúde.

Para os grupos denominados controlados a estratégia inicial foi mantida: comparecer à unidade para dispensação dos medicamentos, aferição da pressão arterial, ou glicemia e orientações gerais, a cada seis meses.

Para os grupos dos não controlados, uma nova estratégia foi proposta: comparecer à unidade de 1 a 2 meses para medição da glicemia e da pressão arterial, dispensação dos medicamentos e orientações gerais. Nessas ocasiões, os casos que acusaram alteração foram encaminhados para consulta médica extra.

5 RESULTADOS

Durante o período de 18 meses, foram acompanhados 476 pacientes hipertensos crônicos, 100 pacientes diabéticos, 51 sendo hipertensos e diabéticos juntos. Realizado 10 visitas domiciliares mensais. Pacientes tiveram diversas complicações. Sendo que 2 % foram a óbitos (11 pacientes). Apesar das complicações, os pacientes permaneceram nas atividades da unidade básica de saúde.

Foi observado o fornecimento regular das medicações com seu habitual uso, devido a prescrição médica regular. Padronização dos exames subsidiários solicitados, respeitadas as limitações do serviço, pois obedeceu-se ao preconizado nos consensos. Atendimento de intercorrências para ajuste medicamentoso. Realização de ações educativas junto aos pacientes, observando mudança de comportamento nos hábitos de vida dos pacientes, bem como uma melhora clínica dos mesmos. O agendamento dos retornos, o fornecimento da medicação, o atendimento odontológico e médico preferenciais garantiram a adesão aos programas, verificada pela observação não registrada do baixo número de faltosos. A demanda por consulta médica regular diminuiu: antes da intervenção a média paciente/ano era de 8; após a intervenção, 2 (considerando os pacientes dos grupos controlados). Os pacientes dos grupos não controlados de diabetes demandaram 2 consultas extras por ano.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (Silva, et al. 2006).

O seguimento regular com os pacientes hipertensos e diabéticos, por longo período, estreitou a relação da equipe de saúde com o paciente, favorecendo o estímulo a hábitos de vida saudáveis e cuidados gerais da saúde, empoderando os usuários hipertensos e diabéticos sobre a sua saúde. A realização de atividades educativas e acompanhamento permanente, permitiu mudanças de comportamento cultural aos pacientes, tendo como melhor entendimento sobre o quadro geral de sua saúde. Permitiu melhor distribuição dos atendimentos médicos na unidade básica e domicílio, atingindo o princípio de equidade do sistema único de saúde. As ações foram intervencionistas, de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, um seguimento regular, associado à garantia do fornecimento de medicamentos, controles das doenças (hipertensão e diabetes) e atendimento preferencial em intercorrências. Os resultados obtidos demonstraram melhora nos níveis de pressão arterial e glicêmico. Não houve um controle absoluto sobre todos os determinantes de baixa adesão, como conhecimento da doença, uso regular da medicação, controle periódico da pressão e/ou diabetes, convocação de faltosos, homogeneização dos grupos.

Durante o período de ações aplicadas, foi observado mudança no comportamento dos cuidados de saúde, do grupo aplicado. Houve pequena melhora do padrão alimentar e aumento nas atividades físicas propostas, qual apresentou importante estabilização das doenças crônicas. Isso permitiu melhor entendimento dos pacientes com sua própria saúde, qual foram esclarecidas todas as dúvidas durante as consultas médicas. Ação de intervenção que cumpriu com o objetivo geral estabelecido.

Não foram feitas comparações de estratificações de risco cardiovascular, neste período de tempo, porém foi observado redução de

encaminhamentos para especialidade, pela melhora do quadro de mobilidade geral dos pacientes.

Para resultado de redução na morbimortalidade no grupo aplicado a ação, não foram observados alteração, mas acreditamos reduzir os números a longo prazo. O número elevado de óbitos, neste período está relacionado pacientes com doenças infectocontagiosas ou complicações pós operatórios, não relacionadas a comorbidades das doenças de bases, como diabetes e hipertensão.

As equipes do NASF (núcleo assistência saúde da família) não estiveram presentes em todas as atividades de apoio, devido à alta demanda de atendimento municipal.

O programa apresentou dificuldade de coordenação devido à falta de assistência de gestão municipal, para situações de logística de atividades continuadas.

Apesar das dificuldades apresentadas, a comunidade demonstrou adesão e participação nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde, sem dificuldade de entendimento das propostas e atividades realizadas.

O trabalho apresentou resultado esperado pela equipe. São poucos obstáculos que uma equipe básica de saúde pode enfrentar nos casos de doenças crônicas com diabetes e hipertensão. As mesmas que são de grande prevalência em nossa comunidade. A equipe de saúde deve seguir com as ações propostas como objetivo preventivo as essas enfermidades, bem como, sensibilizar os pacientes e família sobre a importância dos cuidados com os enfermos.

REFERENCIAS

Ministério da Saúde. URL: www.saude.gov.br. Acessado em 19 de agosto de 2019.

Barbosa JHP, Oliveira SL, Seara LT. **Produtos da glicação avançada dietéticos e as complicações crônicas do diabetes**. Rev Nutr. 2009;22(1):113-24.

Sociedade Brasileira de Diabetes. URL: diabetes.org.br. Acessado em 20 de agosto de 2019.

Mendes EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde 2012; 512 p.:il.

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 4 - **Estratificação de Risco Cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol. vol.107 no.3 supl.3 São Paulo Sept. 2016

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. URL: <http://www.ipardes.gov.br/>. Acessado em 24 de agosto de 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: URL: <https://www.ibge.gov.br/>. Acessado em 24 de agosto de 2019.

Departamento de Informação do Sus. URL: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acessado em 24 de agosto de 2019.

MION JR, D. et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2002. URL: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 29 de setembro de 2019.

SILVA, Terezinha Rodrigues et al. **Controle de diabetes Mellitus e seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde**. Saúde soc. 2006. Acesso: www.scielo.br em 20/10/2019.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.